



# Solicitud Confidencial para el Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program)

El Programa de Intervención Temprana (EIP) ayuda a las personas elegibles con VIH que viven en Washington a obtener atención a la salud. EIP es un programa del Departamento de Salud del Estado de Washington. Ayudamos a pagar por:

- **Medicamentos prescritos en nuestro formulario.** Si usted tiene seguro, podemos pagar algunos co-pagos.
- **Visitas y exámenes de VIH limitados.** Si usted tiene seguro, podemos pagar algunos deducibles y cubrirle durante un periodo pre-existente. Usted debe ir donde un proveedor bajo contrato con nosotros.
- **Primas de seguro en ciertas situaciones.**
- **Responsabilidad de Contribución Médica para obtener cobertura de Medicaid** (hasta un cierto nivel).

## ¿Tiene usted que pagar algo por estos servicios?

Usted podría tener que pagar cierto honorario por algunos servicios. Le avisaremos si tiene que pagar.

## ¿Cómo hace su solicitud?

- Llene esta solicitud.
- Reúna todos los documentos requeridos.
- Envíe la solicitud y los documentos por correo a la dirección de EIP mencionada en la solicitud. No aceptamos solicitudes enviadas por fax.

## ¿Cómo procesaremos su solicitud?

- Si su solicitud está **completa**, le enviaremos una carta de elegibilidad. Su elegibilidad comenzará el primer día del mes en el que su solicitud fue sellada por el correo. Normalmente, la elegibilidad es por un año. Si usted no es elegible, le indicaremos la razón.
- Si su solicitud **no está completa**, le enviaremos una carta diciéndole lo que necesitamos. Una solicitud incompleta demorará la revisión de su elegibilidad.
- Usted podría tener que solicitar beneficios de Medicaid. Si es así, le daremos una elegibilidad temporal y le enviaremos una solicitud para Medicaid.

## Una nota acerca de confidencialidad

Hablaremos con el administrador de su caso o con el proveedor de atención a la salud acerca de su elegibilidad. No hablaremos con nadie más (familia, amigos) salvo que usted nos dé una declaración firmada listando a las personas con las que podemos hablar.

## ¿Cómo se puede poner en contacto con nosotros?

Por favor llámenos si tiene preguntas. Nuestro número de teléfono es el 1-877-376-9316 en todo el estado y 236-3426 en el Condado de Thurston.

Puede obtener más información acerca de nuestro programa y descargar esta solicitud de nuestro sitio del web: [www.doh.wa.gov/cfh/hiv.htm](http://www.doh.wa.gov/cfh/hiv.htm).



# Solicitud Confidencial para el Programa de Intervención Temprana

¿Como se enteró acerca de nuestro programa?  Administrador del caso  Proveedor de atención a la salud  
 Amigo  Otro \_\_\_\_\_

**NOTA: Use un bolígrafo para llenar esta solicitud.**

Sección 1: Información del solicitante				
Apellido	Nombre			Inicial del segundo nombre
Dirección residencial (adjunte prueba*)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal

\*Usted debe vivir en Washington para ser elegible para nuestros servicios. Envíe una copia de uno de estos documentos para verificar su **dirección residencial**: factura de servicios públicos, recibo de alquiler, hipoteca, contrato de alquiler, tarjeta de registro de elector, licencia de conducir o tarjeta de identificación del Estado de Washington. Si no tiene una residencia, hable con el administrador de su caso o llámenos.

Número de teléfono donde podemos encontrarle ( )	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Nombre del administrador del caso**	Número de teléfono y agencia del administrador del caso	

\*\*Si no tiene un administrador del caso y desea información concierne a la administración de caso, llámenos.

Sección 2: Información voluntaria		No utilizaremos esta información para determinar la elegibilidad.	
Número de Seguro Social	¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Marque todo lo siguiente que sea aplicable a usted: <input type="checkbox"/> Indio americano/ nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro americano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____			
¿Desea usted recibir solicitudes futuras de renovación en español? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			

Sección 3: Recursos		¿Tiene usted algunos de los siguientes recursos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Si es así, escriba el valor.			
Recurso	¿Cuál es el valor?		
Efectivo, cuenta de ahorros, cuenta corriente	\$		
Bienes raíces (sin tomar en cuenta la casa en la que vive)	\$		
Fondos fiduciarios	\$		
Acciones y bonos	\$		
Anualidades	\$		
Vehículos y vehículos de recreación (sin tomar en cuenta un automóvil)	\$		
Otros (explique)	\$		
	\$		



**Sección 7: Documentación médica SOLAMENTE PARA NUEVOS SOLICITANTES**

Si esta es la primera vez que usted ha solicitado el Programa de Intervención Temprana (EIP), debe documentar que usted tiene VIH. Su proveedor de atención a la salud o el administrador de su caso pueden firmar esta documentación. Haga firmar esta documentación **antes** de enviar esta solicitud a EIP.

**Section 7: Medical documentation FOR NEW APPLICANTS ONLY**

If this is the first time you have ever applied to the Early Intervention Program (EIP), you must document that you have HIV. Your health care provider or case manager can sign this documentation. Get this documentation signed **before** you send in this application to EIP.

**Autorización del solicitante**

Autorizo a mi proveedor de atención a la salud o administrador del caso a informar al Departamento de Salud del Estado de Washington acerca de mi situación de VIH. Entiendo que se requiere esta información para solicitar EIP.

**Applicant authorization:** I authorize my health care provider or case manager to inform the Washington State Department of Health about my HIV status. I understand this documentation is required to apply for EIP.

X \_\_\_\_\_

**Firma del solicitante**

Signature of applicant

\_\_\_\_\_ **Fecha**

Date

**Documentación**

El solicitante nombrado arriba está solicitando asistencia del Programa de Intervención Temprana (EIP) del Departamento de Salud del Estado de Washington. Por favor proporcione la siguiente información.

**Documentation:** The applicant named above is applying for assistance from the Washington State Department of Health Early Intervention Program. Please provide the following information.

**Para ser llenado por el proveedor de atención a la salud del solicitante:**

**To be completed by applicant's health care provider:**

Tengo evidencia de que este solicitante es VIH positivo.

I have evidence that this applicant is HIV positive.

X \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor de atención de la salud**

Signature of Health Care Provider

\_\_\_\_\_ **Fecha**

Date

Nombre del proveedor de atención a la salud  
Health Care Provider Name

Número de teléfono  
Phone number

Dirección  
Address

**Ó  
OR**

**Para ser llenado por el administrador del caso del solicitante:**

**To be completed by applicant's case manager:**

Tengo evidencia de que este solicitante es VIH positivo.

I have evidence that this applicant is HIV positive.

X \_\_\_\_\_

**Firma del administrador del caso**

Signature of Case Manager

\_\_\_\_\_ **Fecha**

Date

Nombre del administrador del caso  
Case Manager Name

Número de teléfono  
Phone number

Dirección  
Address

Para obtener información, llame al Programa de Intervención Temprana al 1-877-376-9316 o 360-236-3426.  
For information, call the Early Intervention Program at 1-877-376-9316 or 360-236-3426.

## Sección 8: Acuerdo y firma

Entiendo que:

- Debo responder a los pedidos de información o acción dentro de las fechas previstas o EIP podría denegar o suspender mi elegibilidad.
- EIP puede verificar cualquier información en esta solicitud.
- Debo notificar cualquier cambio en mi dirección, recursos, ingresos o cobertura de atención a la salud. Si EIP recibe el correo de retorno y no puede ponerse en contacto conmigo, ellos pueden suspender mi elegibilidad.
- Podría tener que pagar un honorario para recibir servicios de EIP.
- El financiamiento de EIP es limitado y los servicios se podrían cambiar o eliminar según sea necesario.
- EIP podría requerir que yo use o solicite otros servicios antes de recibir servicios de EIP.
- EIP podría limitar los servicios a los que sean más efectivos en costo para EIP, sobre la base de mis otras opciones de cobertura.
- EIP tiene procedimientos de quejas que se encuentran disponibles a pedido. El presentar una queja no afectará mi elegibilidad para EIP.

### El solicitante debe firmar esta sección

Doy mi permiso para que el Programa de Intervención Temprana y mis proveedores de atención a la salud, incluyendo el administrador de mi caso y el Departamento de Servicios Sociales y de Salud compartan información acerca de mi atención médica y cobertura de seguro. Doy este permiso por un año y 60 días, a partir de la fecha en la que firme esta autorización.

He leído y entiendo la información en esta solicitud. La información en este formulario es correcta y completa a mi mejor entender. Entiendo que si doy información falsa o inexacta o dejo de notificar a EIP sobre los cambios de manera oportuna, podría perder beneficios y/o EIP podría requerir que yo les reembolse por ellos.

X \_\_\_\_\_

Firma del solicitante

Fecha

### Opcional

Deseamos asegurarnos de que todos nuestros clientes reciban servicios de alta calidad. Una manera de hacer esto es vincular su información con los informes de casos de enfermedades infecciosas del hospital y con informaciones de datos de investigaciones especiales. Usted podrá recibir servicios aun cuando elija no firmar esta declaración.

Doy mi permiso para vincular información de identificación de mis registros con otros registros de salud pública en la Oficina de Enfermedades Infecciosas y de Salud Reproductiva del Departamento de Salud (Department of Health's Office of Infectious Disease and Reproductive Health), para evaluar la manera en la que se proporcionan los servicios, los beneficios que proporciona el programa y el impacto del programa en la salud de la comunidad.

X \_\_\_\_\_

Firma del solicitante

Fecha

## ¿Está completa su solicitud?

Si su solicitud no está completa, no podemos determinar su elegibilidad.

- ¿Respondió a todas las preguntas?
- ¿Incluyó prueba de residencia?
- ¿Incluyó prueba de ingresos o firmó la declaración de "no ingresos"?
- ¿Incluyó una copia de su tarjeta de seguro?
- ¿Obtuvo una firma en la documentación médica (solamente para nuevos solicitantes)?
- ¿Firmó la solicitud?

Si tiene preguntas o desea recibir esta solicitud en un formato alternativo, llámenos al **1-877-376-9316**. También puede ponerse en contacto con nosotros a través del TDD Relay Service al 1-800-833-6388.

**Envíe todos los materiales de la solicitud a:**  
**Early Intervention Program**  
**PO Box 47841**  
**Olympia WA 98504-7841**

Si desea enviar su solicitud a través de un servicio durante la noche, llámenos para recibir nuestra dirección física.

11/2003